SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL SAN ANDRÉS
CENTRO DE FORMACION TURISTICA, GENTE DE MAR Y DE SERVICIOS-SAN ANDRES

Código Regional	**88**
Código Centro	**953910**
Fecha Elaboración	**18 Diciembre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**07423-683936**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	AURA LILLY WILSON LEVER	**C.C.**	40.991.919	**IP/Nº de contacto**	5123174452
Correo electrónico contratista:	aurawilson@misena.edu.co				

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** NO **Es Pensionado?** NO

Banco al cual consignar: BANCO CAJA SOCIAL **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 24091241795

Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los $ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA) NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 5430576/2023 **Nº Compromiso SIIF** **74523**

Valor Total del Contrato	$ 9.265.564	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 9.000.834	**2**	**Del**	**01/11/2023**	**Al** 30/11/2023	**$ 3.970.956,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 5.029.878		Legalización comisiones del periodo		$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

CO1.PCCNTR.5430576; PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR DE INGLÉS, PARA EL DESARROLLO DE ACCIONES DE FORMACIÓN EN LOS PROGRAMAS COMPLEMENTARIOS DE BILINGÜISMO VIRTUAL DEL SENA REGIONAL SAN ANDRÉS, DE ACUERDO CON EL

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.970.956	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
		Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.970.956**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.334.570**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

	Noviembre	Octubre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**8371772115**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.588.382	$ 1.160.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 198.600	$ 145.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 254.200	$ 185.600
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL	$ 8.300	$ 6.100
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 992.739	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 13.430.466	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 13.430.466	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.241.200	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.357.184	$ 397.096	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 778.190	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.334.570,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.518.156,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	0,00	0,050%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$3.970.956,00**	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS SETENTA MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

se continua con la publicación de anuncios correspondientes semanales
se califica atividades de los aprendices
se retroalimenta particiapcion de foros
se lidera sesiones en lineas

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:

1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

AURA LILLY WILSON LEVER
EL CONTRATISTA

CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

SILVIA ARCHBOLD LIVINGSTON
INSTRUCTOR G20

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:

EL ORDENADOR DEL PAGO

DIEGO LEON FERNANDEZ HURTADO

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): AURA LILLY WILSON LEVER
No. Identificación: CC40991919
Dirección: SAN LUIS BAY
Telefono: 3174452614
Correo: aurawilson@misena.edu.co
Ciudad: SAN ANDRÉS
Número de Planilla: 8371772115

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	AURA LILLY WILSON LEVER	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC40991919	**Periodo de Cotización Salud**	octubre de 2023
Número de planilla	8371772115	**Periodo de Cotización Pensión**	octubre de 2023
Fecha pago	2023-10-19	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	28583171	**Total Pagado**	346100
Banco	1023	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA
8371772115

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	6300	1
230301	Porvenir	190800	1
EPS037	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	149000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 40991919
APELLIDOS Y NOMBRES: AURA LILLY WILSON LEVER

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS037	230301	1192000	1192000	1192000	0	149000	0	190800	0	6300	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

CERTIFICACION DEPENDIENTES

San Andrés, 30 DE NOVIEMBRE 2023

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

Elija un elemento.	**Numero**	**NOMBRE DEL DEPENDIENTE**	Elija un elemento.
T.I.	**1030220533**	**ARIAN MAUREEN QUEJADA WILSON**	**HIJA**
T.I	**1123893117**	**JOHNIEL QUEJADA WILSON**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Elija un elemento.

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente, con mi firma declaro: que **NINGUNA PERSONA** ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,

AURA LILLY WILSON LEVER
FIRMA
Nombre: NOMBRE DEL CONTRATISTA
C.C. 40991919

REPÚBLICA DE COLÓMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
3513791.1

NUIP 1.030.220.533

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 32831402

2047139823

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policia [ ] Código A H C

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE SAN ANDRES AMOR DE PATRIA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
QUEJADA	WILSON

Nombre(s)

ARIAN MAUREEN

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2009 Mes NOV Día 17	FEMENINO	B	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA SAN ANDRES SAN ANDRES

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	52136752-4

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

[illegible] LEUER AURA LILLY

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 40.991.919	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

QUEJADA POMARE JOHN CARLOS

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 18.009.053	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

QUEJADA POMARE JOHN CARLOS

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 18.009.053	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2009 Mes NOV Día 24	PETER JAMES SANTILLO - REGI
	Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.123.893.117

Indicativo Serial 40064951

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 7201

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA-DEPARTAMENTO ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES ISLA (NOTARIA UNICA DE SAI)

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
QUEJADA	WILSON

Nombre(s): JOHNIEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2014 Mes OCT Día 03	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA-DEPARTAMENTO ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES ISLA.

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO.	118189253

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: WILSON LEVER AURA LILLY

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.Nº 40.991.919 DE SAN ANDRES ISLA.	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: QUEJADA POMARE JOHN CARLOS.

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.Nº 18.009.053 DE SAN ANDRES ISLA.	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: QUEJADA POMARE JOHN CARLOS.

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C.Nº 18.009.053 DE SAN ANDRES ISLA.	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número): Firma:

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número): Firma:

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2014 Mes OCT Día 30	RAFAEL MEJIA ACOSTA.
	Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

4006495171